

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

No 538

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Yves DUFET

Né le 27 Juillet 1901, à Saintes (Guadeloupe)

TRAITEMENT CURATIF

DE LA

CONJONCTIVITE GONOCOCCIQUE

SANS NITRATE D'ARGENT

Président : M. TERRIEN, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNE

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1932

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Yves DUFET

Né le 27 Juillet 1901, à Saintes (Guadeloupe)

TRAITEMENT CURATIF

DE LA

CONJONCTIVITE GONOCOCCIQUE

SANS NITRATE D'ARGENT

Président : M. TERRIEN, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNE

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1932

LE DOYEN : M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GREGOIRE.
Physiologie.	Léon BINE.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DEGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale.	LENORMANT.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVA.
Pathologie expérimentale et comparée.	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILL.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABE.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOUL.
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOUR.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TESSIER.
Clinique chirurgicale.	DELBET.
	CUNEO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAUR.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDAN.
Clinique thérapeutique médicale.	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUV.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERN.
Professeur sans chaire.	MAUCLAIR.
	MULON.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. . .Neurologie et Psychiatrie.
 CHAILLEY-BERT. . .Physiologie.
 AUBERTIN.Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) . .Pathologie médicale.
 SANNIE.Chimie biologique.
 BROCO.Pathologie chirurgicale
 BRULE.Pathologie médicale.
 CADENAT.Pathologie chirurgicale
 CATHALA.Pathologie médicale.
 CHABROL.Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. . . .Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. . Pathologie chirurgicale.
 DOGNON.Physique.
 DONZELOT.Pathologie médicale.
 ECALLE.Obstétrique.
 FEY.Urologie.
 Pathologie expérimentale.
 GASTINEL.Bactériologie.
 GATELLIER. . . . Pathologie chirurgicale
 GIROUD.Histologie.
 HARVIER.Pathologie médicale.
 HOVELACQUE. . . .Anatomie.
 HUTINEL.Pathologie médicale.
 JOANNON.Hygiène.
 LABBE (Henri). . .Chimie biologique.

MM.

LAROCHE (Guy). . .Pathologie médicale.
 Oto - rhino - laryngologie.
 HUGUENIN.Anatomie pathologique
 LEVEUF.Pathologie chirurgicale
 LEVY-VALENSI. . .Neuro-psychiâtrie.
 LIAN.Pathologie médicale.
 HAZARD.Pharmacologie.
 MILLOT.Histologie.
 MONDOR.Pathologie chirurgicale
 MOREAU.Pathologie médicale
 MOULONGUET. . . Pathologie chirurgicale
 MOURE.Pathologie chirurgicale
 Histologie.
 OBERLING.Anatomie pathologique
 OLIVIER.Anatomie.
 PIEDELIEVRE. . .Médecine légale.
 PORTES.Obstétrique.
 QUENU.Pathologie chirurgicale
 RICHET.Physiologie.
 SEZARY.Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur). . . .Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. . . .Obstétrique.
 VELTER.Ophtalmologie.
 VERNE.Histologie.
 VIGNES.Obstétrique.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

BUSQUET.Pharmacologie.
 GUENIOT.Obstétrique.
 LEQUEUX.Obstétrique.
 LEROUX.Anatomie pathologique

MM.

NEVEU-LEMAIRE. .Parasitologie.
 RETTERER.Histologie.
 ZIMMERN.Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.
 ABRAMI.Clinique médicale.
 CHIRAY.Clinique médicale.
 DEBRE.Clinique médicale.
 DUVOIR.Clinique médicale.
 BASSET.Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU. Clinique chirurgicale.

MM.
 HEITZ-BOYER. ...Clinique chirurgicale.
 MATHIEU.Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT.Clinique chirurgicale.
 PROUST.Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ.Clinique chirurgicale.
 LE LORIER.Clinique obstétricale.
 LEVY-SOLAL.Clinique obstétricale.
 METZGER.Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.		Education physique.
LEDoux-LEBARD.		Radiologie clinique.
WEIL-HALLE.		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR F. TERRIEN
PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE
A L'HOTEL-DIEU
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Hommage de reconnaissance.

A MON MAÎTRE
M. LE DOCTEUR A. POULARD
OPHTALMOLOGISTE DE LARIBOISIÈRE

Mon premier Maître en ophtal-
mologie qui m'a inspiré le sujet de
ce travail.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

AUX MIENS

A MES AMIS

AU DOCTEUR C. M. CARRIÈRE

A MES AUTRES MAITRES

MM. LES DOCTEURS
DEVRAIGNE, MARQUEZY, BAUDIN, HERTZ.

M. LE DOCTEUR CHAILLONS
ophtalmologiste des quinze-vingts.

MM. LES DOCTEURS.
LAVAL, PASFOURY, SOHDERLING, BRUNET, DETIS
COURTOIS.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

STAGE :

- 1921 M. LE PROFESSEUR CHAUFFARD
M. LE PROFESSEUR HARTMANN
1922 M. LE PROFESSEUR RIBIÈRE
M. LE PROFESSEUR LENORMAND
1923 M. LE PROFESSEUR GUILLAIN.

EXTERNAT :

- 1924-25 M. LE DOCTEUR POULARD
(fonction d'interne 26-27).
1926 M. LE DOCTEUR O. CROUZON
1927 M. LE PROFESSEUR F. TERRIEN
1928 M. LE DOCTEUR HORSCHER.

INTERNAT DES ASILES DE LA SEINE

- 1929 M. LE DOCTEUR TRENEL
Asile Clinique Sainte-Anne
1930-31-32 M. LE DOCTEUR TOULOUSE
Hôpital psychiatrique Henri Rouselle

Par la fréquence et la gravité de ses complications cornéennes la conjonctivite gonococcique nécessite une thérapeutique active capable d'empêcher et de limiter les lésions de la cornée.

Le traitement curatif classique tel qu'il a été primitivement établi consiste à transformer l'affection originelle ou inoculée en ophtalmie traumatique (de Wecker et Landolt) par cautérisation une ou deux fois par jour, avec une solution de nitrate d'argent dont la concentration ne doit pas être inférieure à 1/50 et pas supérieure à 1/30.

Ce traitement ne donne pas des résultats suffisants.

Aussi a-t-on cherché à le rendre plus efficace soit en augmentant le nombre des cautérisations et la concentration des solutions, soit en le complétant par une médication adjuvante :

grands lavages au bock (Kalt),

lavages fréquents et peu abondants au ballon laveur,

collyres auxiliaires au collargol ou à l'argyrol,

vaccins et sérums plus ou moins spécifiques.

Parfois les résultats ont été plus favorables.

Ainsi, l'association de l'argyrol au nitrate aurait permis de faire baisser le pourcentage des complications cornéennes chez le nouveau-né de 25 % (Druais) à 16, 5 % (Klebanski) et même 12 % (Morax et Nida).

D'un autre côté, il convient de noter que le nitrate

d'argent en solution au 1/50 ne fut pas sans nous inspirer quelques craintes à nous-même et à d'autres, en raison de la facilité avec laquelle il porte atteinte à l'épithélium et en particulier à l'épithélium cornéen. Si certains oculistes pensent que le contact du nitrate d'Ag avec la cornée n'est jamais à redouter avec des solutions au 1/50 et au 1/40, s'ils vont même jusqu'à conseiller des solutions à 20 p. 100 deux fois par jour en cas de complications, il en est d'autres, qui s'en méfient et ne l'emploient qu'avec crainte. De Graefe recommandait des applications intelligentes et prudentes. D'ailleurs les expériences biologiques de Terrien et Gouffier, les lésions cornéennes observées après les instillations accidentelles de solutions de nitrate d'Ag même au 1/50 peuvent expliquer cette méfiance.

Il convient de dire, que, malgré leur gravité apparente, ces lésions sont bénignes et qu'elles guérissent habituellement sans laisser d'opacités, car l'action du médicament se limite généralement à la surface cornéenne, à la couche épithéliale. Mais, ces lésions épithéliales même légères peuvent devenir graves si elles se produisent dans un œil infecté en créant une porte d'entrée pour le gonocoque. Enfin parfois le nitrate d'argent a pu donner l'impression d'entretenir les complications cornéennes sinon de les aggraver.

Il nous a paru intéressant de rechercher si les conjonctivites gonococciques pouvaient aussi bien, ou mieux guérir sans faire usage du nitrate d'argent.

Et ce sont les résultats de cette médication sans nitrate d'argent que nous venons présenter ici.

Essayée avec précaution au début, puis appliquée d'une façon systématique par la suite dans toutes les conjonctivites gonococciques, notre méthode thérapeutique nous a donné, en effet, des résultats intéressants.

Sa particularité principale est dans la suppression complète du nitrate d'argent, et non dans la présentation d'un médicament nouveau d'un effet remarquable.

Nous avons utilisé le protargol en solution forte au 1/4 mais nous pensons qu'on pourra, sans doute, trouver des produits encore plus efficaces.

Plusieurs auteurs avant nous ont, dans le traitement des conjonctivites gonococciques, substitué ou tenté de substituer d'autres substances au nitrate d'argent, qui, depuis son introduction en oculistique vers la seconde moitié du XIX^e siècle, était considéré comme le seul médicament capable d'arrêter la marche de l'ophtalmie purulente.

Il y a lieu de signaler, entre autres,
qu'en 1894, Neiseer expérimenta l'argentamine ;
qu'en 1897, Zanarki essaya le sulfophénate et le phénylsulfonate d'argent ;

et surtout qu'en 1898, Darier employa le protargol (protéinate d'argent) que Gayet (de Lyon) préconisa peu de temps après.

Pour mémoire nous citerons en outre le bleu de méthylène, l'acide phénique, l'itrol, et l'actol de Crédé, l'argentol, le collargol, qui ont été également expérimentés.

Récemment, en 1922, Jacqueau (de Lyon) conseillait vivement de remplacer le nitrate d'argent par le protargol au 1/4 dans le traitement de l'ophtalmie du nouveau-né seulement.

Le diagnostic clinique a été confirmé chaque fois par un examen bactériologique de la sécrétion. Examen direct du pus après coloration par la fuchsine-bleu de méthylène et le Gram.

Notre travail porte sur 126 observations qui représentent toutes les conjonctivites gonociques observées depuis 1922, soit :

87 obs. de nouveau-né, dont 18 de conjonctivite unilatérale (15 O.G.) ; — une devient bilatérale au 6^{me} jour ;

39 obs. d'enfants ou d'adultes (secondaires à vulvite, urétrite) ; — 30 sont des conjonctivites unilatérales (14 O.D.) dont 6 deviennent bilatérales du 2^{me} au 7^{me} jour.

La conjonctivite a débuté chez le nouveau-né dans les délais classiques, du 2^{me} au 5^{me} jour, presque dans tous les cas. Il n'y eut que quelques exceptions :

Un début le jour de la naissance avec réactions vives et troubles cornéens malgré le traitement prophylactique au nitrate ;

Un début à 2 mois 1/2 (probablement contamination accidentelle des deux yeux en dehors de la filière génitale) ;

Cinq débuts après le 7^e jour (10^e et 12^e jour) ; il est à noter que ces conjonctivites à début tardif étaient la plupart unilatérales et accompagnées de sécrétions purulentes par la narine correspondante.

METHODE DE TRAITEMENT

Nous nous sommes servi d'applications de protargol au $1/4$;

Une ou deux fois par jour ;

D'instillations d'argyrol une dizaine de fois par jour ;

Et de lavages fréquents et peu abondants de permanganate de potassium à $1/5.000$.

Nous attachons une grande importance à ces lavages fréquents et peu abondants. Ils ont une action mécanique de nettoyage et peut-être une action antiseptique.

Plusieurs fois par jour, tous les quarts d'heure, à mesure que le pus s'échappe par la fente palpébrale, on l'enlève avec des tampons d'ouate imbibés de la solution de permanganate passés légèrement sur le bord des paupières.

On a soin d'écarter l'une de l'autre les paupières souvent agglutinées.

Les lavages se font de diverses manières.

On peut se contenter d'exprimer sur l'œil, entre les paupières écartées ou retournées un gros tampon d'ouate imbibé.

Mais nous employons de préférence un appareil laveur dont envoie doucement le jet sur la conjonctive.

30 à 50 cc., de solution débarrassent totalement les culs de sac de tout le pus qu'ils peuvent contenir.

Les lavages au ballon ou au tampon doivent être faits toutes les deux heures, ou plus souvent si c'est nécessaire

Après chaque lavage, on fait une instillation d'argyrol au 1/10. L'installation de protargol au 1/4 n'est faite que deux fois par jour.

On modère le traitement en diminuant le nombre des lavages et des instillations à mesure que se produit l'amélioration des symptômes réactionnels (dégonflement des paupières, ouverture des yeux, diminution de la sécrétion). Mais le traitement n'est interrompu qu'après la disparition du gonocoque dans la sécrétion, disparition constatée par des prélèvements successifs. Il n'est pas rare en effet, d'observer la disparition rapide des signes réactionnels et de constater la persistance du gonocoque sur la conjonctive.

EVOLUTION SOUS L'INFLUENCE DU TRAITEMENT

Nous étudierons l'évolution générale de l'infection conjonctivale de tous les cas observés. Puis nous considérerons séparément les résultats thérapeutiques obtenus

D'une part, chez les malades venant dans le service sans complications oculaires, c'est-à-dire sans perforation ni ulcération de la cornée ;

D'autre part chez les malades arrivés dans le service avec des complications.

C'est le seul moyen de juger de l'effet du traitement appliqué dans le service.

Notons en passant que le nombre des enfants arrivés dans le service avec des complications avant le traitement, est considérable. Cela s'explique parce que ces enfants, soignés au dehors, ne nous sont envoyés que le jour où survient une complication sérieuse.

Dans l'ensemble l'amélioration est rapide.

L'ouverture spontanée des yeux et la diminution de la sécrétion se font du 2^{me} au 6^{me} jour du traitement.

L'évolution peut se faire régulièrement.

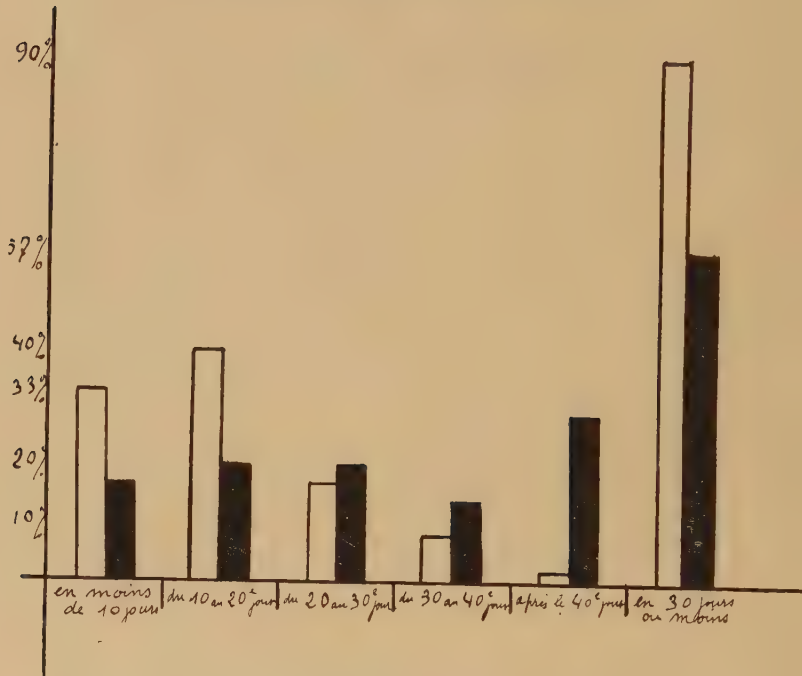
40 % des cas sont améliorés le 1^{er} jour du traitement

25 % le 2^e jour,

15 % le 3^e jour,

10 % le 4^e jour.

Durée de l'infection conjonctivale



Guérison bactériologique

	Avec nitrate d'argent (Morax)	Sans nitrate d'argent
En moins de 10 jours	17%	33%
Du 10 ^e au 20 ^e jour	20%	40%
Du 20 ^e au 30 ^e jour	20%	17%
Du 30 ^e au 40 ^e jour	14%	8%
Après le 40 ^e jour	29%	2%
En 30 jours ou moins	57%	90%

C'est le cas des conjonctivites habituelles du nouveau-né qui guérissent en 8 à 14 jours.

L'évolution peut être marquée par des recrudescences avec retour de l'œdème et de la sécrétion le 7^{me} et le 14^{me} jour.

Il est possible que l'infection ou l'oblitération des voies lacrymales soient pour quelque chose dans ces recrudescences. Cela s'accorde avec deux de nos observations dans lesquelles la guérison ne fut obtenue qu'après la remise en état du canal lacrymal.

Parfois l'évolution est prolongée, et ces prolongations se sont souvent montrées dans des circonstances particulières, à la suite de complications cornéennes graves, de réactions intenses avec infiltration de la conjonctive et œdème dur, persistant des paupières.

La plupart des conjonctivites unilatérales du nouveau-né, avec voies lacrymales obstruées ou infectées.

Les formes catarrhales avec yeux ouverts et sécrétion minime.

Les conjonctivites chez les prématurés, ont duré de 23 à 36 jours et ont guéri sans lésions cornéennes.

Dans son ensemble, la durée de l'infection conjonctivale est plus courte qu'avec le nitrate d'argent.

Au bout de trente jours de traitement, nous avons 90 % de guérison bactériologique contre 57 % avec le nitrate d'Ag.

Le tableau I montre les résultats comparés des deux méthodes de traitement pour 100 cas.

La recherche du gonocoque est notée avec précision

dans les 108 observations que nous avons retenues.

Signalons que le traitement au nitrate appliqué avant l'hospitalisation n'a pas paru influencer la durée de l'infection (15 de nos cas). Parfois même des conjonctivites trainantes ont guéri rapidement après la suppression du nitrate d'argent.

Récidives.

Les récédives sont rares (3 %) et non compliquées.

Chez le nouveau-né nous avons observé :

2 récédives bilatérales, franches, aiguës, avec gonocoques dans la sécrétion, survenues 24 et 17 jours après la sortie (les yeux étaient calmes pendant cet intervalle, ils n'avaient reçu aucun soin, mais il existait une sécrétion purulente du nez) ;

2 récédives unilatérales (les formes primitives étaient unilatérales) ; 7 et 9 jours après la sortie ; des massués et des cocci prenant le Gram étaient associés au gonocoque dans le pus.

Ces récédives ont évolué sans complication.

Il est fort probable que les voies lacrymales jouent un rôle dans le développement de ces récédives. D'ailleurs nous avons eu l'occasion d'observer un cas curieux de dacryocystite isolée chez un nouveau-né. Le plus recueilli par pression du sac contenait des gonocoques en abondance. Il n'y a pas eu la moindre réaction conjonctivale. La guérison a été rapide après le rétablissement de la perméabilité du canal.

CONJONCTIVITES SANS COMPLICATIONS

AVANT LE TRAITEMENT

(CORNÉE INTACTE A L'ENTRÉE)

Nos 65 nouveaux-nés présentaient 49 conjonctivites doubles et 16 unilatérales. Toutes ces conjonctivites ont évolué vers la guérison sans complication cornéenne.

Dans un seul cas on signale l'érosion épithéliale des deux cornées le 12^{me} et 13^{me} jour du traitement décelée par la fluorescéine. Guérison sans taie le 20^{me} jour.

Dans nos 30 observations d'enfants et d'adultes, 23 sont unilatérales et 7 bilatérales.

Chez ces 30 malades, il y eut 28 guérisons sans complication.

Deux conjonctivites unilatérales ont présenté des lésions cornéennes au cours du traitement :

Un ulcère le 3^e jour, se perforant le 16^e jour ;

Un ulcère le 14^e jour.

Ces deux complications ont évolué vers la guérison avec formation d'une taie et conservation de la vision.

CONJONCTIVITES COMPLIQUÉES AVANT LE TRAITEMENT

(CORNÉE TOUCHÉE A L'ENTRÉE)

Chez le nouveau-né nous avons traité 20 conjonctivites bilatérales, avec 16 fois lésions des deux cornées, et 2 conjonctivites unilatérales compliquées, soit 22 cas.

Toutes ces complications n'avaient pas une égale gravité.

Dans 10 observations (8 conjonctivites doubles avec 5 fois des lésions bilatérales et 2 conjonctivites unilatérales), les lésions cornéennes étaient légères ou d'intensité moyenne (érosion avec infiltration). De plus on notait une sécrétion très abondante, ou se reproduisant vite, un gros œdème palpébral avec infiltration conjonctivale et des fausses membranes.

Dans ces dix observations, la guérison a été obtenue sans taie.

Enfin chez les 12 autres malades il existait des complications graves de l'une ou des deux cornées.

4 fois les deux cornées étaient gravement lésées par :

1 perforation bilatérale,

1 perforation unilatérale (l'autre cornée infiltrée à l'entrée est perforée le 6^e jour du traitement),

1 ulcère double, profond,

1 infiltration des deux cornées.

Toutes ces lésions ont guéri par cicatrisation avec organisation d'une taie plus ou moins transparente à la sortie.

— Plusieurs de ces malades ont été vus tardivement et avaient été privés de soins les quinze premiers jours de la maladie.

8 fois la lésion cornéenne était unilatérale.

Dans 2 observations l'autre cornée, légèrement touchée a guéri sans taie, — Les ulcères (6) et les infiltrations (2) ont guéri régulièrement par constitution de taies. Une fois cependant l'évolution a été marquée par l'aggravation de la complication : ulcère perforé le 27^e jour et ulcération de l'autre cornée le 9^e jour. C'est le seul cas d'aggravation et de complication observé au cours du traite-

ment chez le nouveau-né. Là encore la guérison a été obtenue dans de bonnes conditions sans perte de la vue.

Chez l'enfant toutes les complications cornéennes étaient plus sévères. Dans 9 observations il y avait 5 conjonctivites unilatérales compliquées dont 1 perforation et 4 conjonctivites doubles avec une fois lésion des deux cornées. L'évolution s'est faite vers la guérison, une fois sans taie, une fois après aggravation et perforation le 6^e jour, une autre fois la cornée intacte à l'entrée était ulcérée le 3^e jour rendant ainsi la complication bilatérale.

A la sortie, sur nos 9 malades, 2 avaient des taies des deux cornées et 5 une taie unilatérale.

Résumé de toutes les aggravations au cours du traitement.

Nouveaux-nés :

2 ulcères perforés le 6^e et le 27^e jour ;

Enfants :

3 ulcères perforés, le 6^e, 7^e, 16^e jour.

Toutes les complications aggravées s'étaient installées précocement.

Nous n'avons perdu aucun œil.

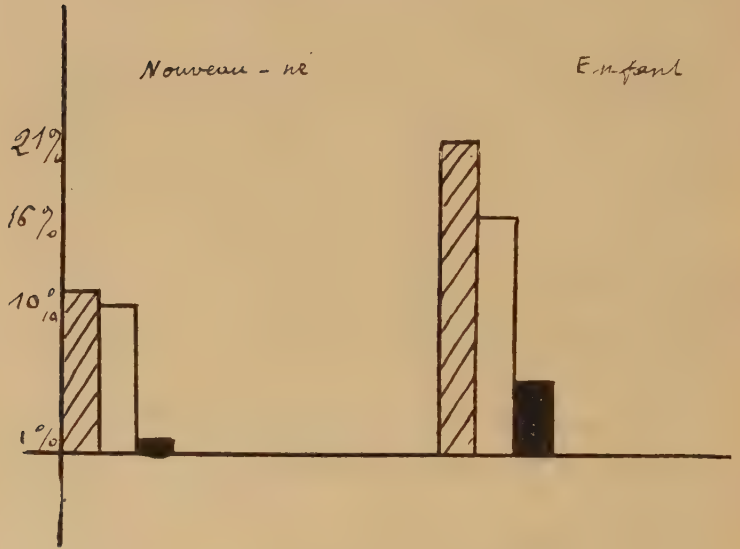
Ainsi donc, sur 87 nouveaux-nés : 22, (25 %) ont eu des complications avant le traitement (16 fois bilatérales) ;

Et sur 39 enfants, 9, (23 %) arrivèrent avec des complications (1 fois bilatérale).

A la sortie : le nouveau-né a eu 7 fois une taie d'un œil et 5 fois des taies des deux yeux ;

l'enfant : 1 taie unilatérale et, 2 bilatérales.

Fréquence des complications cornéennes guéries par formation d'une taie persistante



	Complications avant le traitement	Complications malgré le traitement	Total
			
Nouveau né	10 %	1 %	11 %
Enfant	16 %	5 %	21 %

Maintenant si nous envisageons, non plus le nombre de malades mais le nombre d'yeux atteints, nous obtenons un total de 214 yeux et nous voyons que :

chez le nouveau-né :

sur 123 cornées intactes à l'entrée une seule s'ulcère au cours du traitement, soit 0,8 % ;

sur 32 cornées ulcérées à l'entrée, 2 se perforent au cours de l'évolution, soit 6 %, — 3 étant perforées à l'entrée, ces 35 complications ont guéri par 16 taies ; —

chez l'enfant :

sur 45 conjonctivites non compliquées avant le traitement, on constate 2 ulcères cornéens et 1 perforation pendant, l'évolution, soit 6 % ;

sur 10 ulcères à l'entrée, un seul se perforé, soit 10 %, une perforation existait à l'arrivée.

Ces complications ont guéri par 12 taies.

Nous avons schématisé dans le Tableau 11 la fréquence de ces complications.

Nous regrettons de ne pouvoir comparer nos chiffres avec ceux obtenus avec le nitrate d'argent car nous ne trouvons bien difficilement la manière dont les divers auteurs ont établi leurs pourcentages.

Nous citerons, à titre indicatif, les résultats comparés de la double statistique de Gayet (de Lyon) établie sur 8 ans de traitement de conjonctivite gonococcique, 4 ans avec nitrate et 4 ans sans nitrate d'argent.

1° Malades avec cornées saines à l'entrée à l'hôpital
Complications au cours du traitement :

Avec nitrate d'argent : 35, 89 %

Sans nitrate d'agent : 12, 7 %

2^o Malades avec troubles cornéens légers ou moyens lors du premier examen :

Aggravation notable au cours du traitement :

avec nitrate d'argent : 71 %

sans nitrate d'argent : 11 %

Ces statistiques ont porté sur des malades de tous âges.

Nous publierons le résumé de nos observations les plus intéressantes.

*NOUVEAU-NÉS SANS COMPLICATIONS
A L'ENTRÉE A L'HOPITAL*

Obs. 74.511.

Conjonctivite gonococcique unilatérale O.G., à début tardif, le 12^e jour après la naissance.

A.F. 15 jours. — Chemosis ; Erosion de la cornée.

Guérison définitive le 17^e jour du traitement.

Obs. 10.217.

Conjonctivite gonococcique bilatérale ; inoculée à 2 mois 1/2 ; —

M.J.... forme habituelle du nouveau-né.

Disparition du gono le 17^e jour du traitement ; — guérison définitive le 21^e jour.

Obs. 84.695.

Conjonctivite gonococcique bilatérale ayant débuté le 10^e jour, traitée 35 jours au nitrate chez les parents.

J.C. 6 semaines

Forme habituelle.

Arrêt de la sécrétion le 8^e jour du traitement ; — disparition du gono. le 4^e jour.

Obs. 69.017.

Conjonctivite gono. unilatérale ayant débuté le 6^e jour.

R.M. 3 semaines ; — réaction moyenne ; — recrudescence de la sécrétion le 6^e jour, du traitement ; sécrétion tarie le 14^e jour ; disparition du gono le 20^e jour.

Obs. 65.543.

(Dr Poulard)

Conjonctivite purulente bilatérale ; Q. F... 15 jours ; — début imprécis ; — guérison rapide en 14 jours.

Récidive franche, bilatérale, sans lésions cornéenne, avec gono dans la sécrétion ; —

24 jours après la sortie. — Pendant cet intervalle, aucun soin chez les parents ; les yeux étaient calmes mais il s'écoulait du pus par le nez. Amélioration le 3^e jour, guérison définitive le 14^e jour. Le nez a coulé jusqu'au 6^e jour de la récurrence.

Obs. 82.784.

Conjonctivite purulente unilatérale ; — F.G. 8 jours ; — début imprécis ; — forme moyenne guérison définitive le 14^e jour ; — récurrence 8 jours après la sortie, sans lésion cornéenne, avec association au gono de cocci prenant le Gram. — Amélioration le 2^e jour, guérison définitive le 19^e jour.

Obs. 1.635.

Conjonctivite bilatérale ; Erosion cornéenne les 12^e

et 13^e jours du traitement; — guérie sans taie. Début imprécis.

R. M. 10 jours. Secrétion abondante. Guérison définitive le 20^e jour.

*CONJONCTIVES DU NOUVEAU-NÉ
AVEC COMPLICATION A L'ENTRÉE
A L'HOPITAL*

Obs. 8.671.

Conjonctivite bilatérale ayant débuté le jour de la naissance. P.A. 3 jours ; — Troubles cornéens bilatéraux à l'entrée, grosse tuméfaction des paupières ; sécrétion très abondante.

Le 9^e jour excoriation des paupières et reprise de l'œdème, cornée toujours embuée ; — cornées claires ;

Le 32^e jour, guérison apparente et le 53^e jour guérison définitive.

Obs. 82.826.

Conjonctivite bilatérale ; — début le 5^e jour ; — traitement tardif le 8^e jour de l'ophtalmie ; évolution de longue durée par poussée ; — gros œdème des paupières gênant l'examen ; — complications cornéennes bilatérales à l'entrée. —

P.G., 13 jours. — Amélioration de la sécrétion le 2^e jour du traitement et trouble léger des cornées ; 7^e jour : amélioration marquée ; yeux ouverts, sécrétion très

diminuée, cornées toujours embuées ; 10^e jour : sécrétion légère, cornée droite claire, la gauche est toujours trouble ; — 12^e jour ; reprise de la sécrétion ;

15^e jour : yeux fermés et sécrétion abondante, cornée droite claire, cornée gauche toujours légèrement trouble ; 17^e jour : otite purulente droite, écoulement purulent ; amélioration des deux yeux cornées, même état ;

30^e jour : yeux à nouveau fermés, augmentation de l'œdème et de la sécrétion, mais les cornées sont claires ; 35^e jours : yeux ouverts, sécrétion encore abondante, cornées claires ; —

45^e jour : voies lacrymales perméables, cornées claires ; 55^e jour (du traitement) : arrêt de la sécrétion ; — 60^e jour : disparition du gono.

Hospitalisé : 63 jours ; — à la sortie, cornées claires.

Obs. 82.828.

Lésion de la cornée droite à l'entrée ; — *voies lacrymales non perméables*. — B.J. 8 jours Début le 2^e jour ; — réaction intense ; fausses membranes ; cornée uniformément trouble ; Deux jours après, chute des fausses membranes ; érosion en coup d'ongle à la partie inférieure de la cornée ; voies lacrymales non perméables.

Le 4^e jour (du traitement) amélioration notable 8^e jour : recrudescence de la sécrétion et de l'œdème ; l'érosion de la cornée droite paraît un peu plus profonde ; — 11^e jour : amélioration ; — 18^e jour : la sécrétion persiste ; érosion en voie de cicatrisation ; — 22^e jour : même aspect. Taie à la sortie.

Obs. 13. 557.

Conjonctivite bilatérale chez un prématuré de 7 mois 1/2, ayant débuté le 2^e jour par O.G. — O.D. pris le 4^e jour ; — lésions cornéennes O.G. à l'entrée ; — traitée au nitrate pendant 7 jours avant l'hospitalisation.

A.R. 10 jours. — Sécrétion abondante se reproduisant vite ; cornée gauche uniformément trouble ; — 5^e jour : amélioration ; cornée moins trouble ; — 12^e jour : sécrétion presque tarie ; — 19^e jour : guérison apparente, sans taie ; — 26^e jour : guérison bactériologique.

Obs. 81.700.

Cojonctivite bilatérale ; complication cornéenne O.D. évoluant vers la perforation qui survient le 27^e jour du traitement ; — trouble diffus de la cornée gauche au 9^e jour du traitement ;

H.J., 15 jours ; — début imprécis ; — réaction vive ; O.D. ulcère paracentral ; — 4^e jour : ouvre les yeux ; ulcération de la cornée droite ; — cornée gauche paraît normale ; — 14^e jour : yeux fermés ; ulcération centrale de la cornée droite ; trouble diffus de la cornée gauche ; — 27^e jour : perforation centrale de la cornée ; 31^e jour : la chambre antérieure est reformée ; 40^e jour : disparition du gonocoque ; perforation en voie de cicatrisation ; chambre antérieure bien profonde. pas de leucome adhérent ; — la cornée gauche s'éclaircit ; taie paracentrale. Etat à la sortie le 46^e jour : taie centrale O.D. ; Ephélieon O.G.

Obs. 62. 861.

Conjonctivite bilatérale ; — T.M. 15 jours ; Début le 3^e jour. Traitement au nitrate : 10 jours dans un service d'ophtalmologie ; sortie C.A.M. Du 13^e au 15^e jour, aucun traitement. A l'entrée dans le service, perforation de la cornée droite et cornée gauche floue mais pas détruite ; sécrétion abondante ; — le 4^e jour du traitement sans nitrate, large infiltration de la cornée gauche à sa partie inférieure ; — le 6^e jour : perforation de la cornée gauche.

*CONJONCTIVITES DE L'ENFANT
ET DE L'ADULTE SANS COMPLICATIONS
A L'ENTRÉE*

Ces conjonctivites sont habituellement plus graves que les formes analogues du nouveau-né. Elles sont caractérisées par :

l'infiltration de la conjonctive,
l'œdème dur, persistant des paupières,
des réactions plus vives qui favorisent les complications cornéennes.

Obs. 59.601.

J.R., 3 ans 1/2, — entrée dans le service le 3^e jour de l'ophtalmie et du traitement au nitrate. Epaississement et teinte nacrée de la conjonctive palpébrale. — Le 2^e jour du traitement sans nitrate : amélioration ; — arrêt de la sécrétion le 9^e jour ; — disparition du gono le 10^e jour.

Cornée intacte pendant toute la durée de l'évolution.

Obs. 5086.

Conjonctivite bilatérale avec vulvite.

T.B. 3 ans ; — début imprécis ; — conjonctivite vio-

lente ; — tuméfaction considérable des paupières ; sécrétion abondante ; fausses membranes ; cornées intactes ; 12^e jour : yeux ouverts, sécrétion diminuée ; 28^e jour : guérison clinique ; cornées intactes ; — 34^e jour : disparition du gonocoque ; cornées claires.

Obs. 69.337.

Conjonctivite unilatérale ; forme grave ; œdème dur des paupières ; ulcération cornéenne le 14^e jour du traitement.

G.P. 1 an 1/2 ; — dénut imprécis ;

A l'entrée, très gros Ydème palpébral dur, peu de sécrétion ; la cornée paraît intacte ; —

14^e jour du traitement : infiltration cornéenne ; — 19^e jour : persistance de l'œdème palpébral ; peu de sécrétion, pas de modification de l'ulcère cornéen ; 26^e jour : sécrétion tarie, frottis = O ; — léger œdème palpébral ; — 46^e jour : guérison définitive ; — taie périphérique.

Obs. 69. 183.

Forme grave ; complication cornéenne au cours du traitement ; ulcération le 3^e jour ; perforation le 16^e

L.J. 14 mois. — Entrée le 5^e jour de l'ophtalmie œdème palpébral considérables ; sécrétion très abondante ; cornée paraît intacte ; — 3^e jour : ulcère paracentral de la cornée ; 6^e jour : perforation ; 36^e jour : disparition du gono ; guérison définitive leucome.

*CONJONCTIVITES DE L'ENFANT
ET DE L'ADULTE AVEC COMPLICATIONS
A L'ENTRÉE A L'HOPITAL*

Obs. 80. 177.

Conjonctivite unilatérale, O.G., avec urétrite ; — B.M. 18 ans. — Vu le 4^e jour de l'ophtalmie œdème palpébral empêchant l'examen de l'œil ; sécrétion très abondante ; la cornée présente à sa partie supérieure une érosion en coup d'ongle suivant la limite du limbe, à sa partie inférieure, une érosion punctiforme ; 2 jours après, amélioration ; — le 11^e jour : arrêt de la sécrétion, le 12^e jour disparition du gonocoque ; la cornée est plus claire à sa partie supérieure ; Néphélion en coup d'ongle ; à la partie inférieure, petite facette cicatricielle ; Sorti guéri.

Obs. 83.909.

Conjonctivite unilatérale avec complication cornéenne à l'entrée évoluant vers la perforation qui survient le 6^e jour du traitement. —

P.J., 5 ans ; vu le 3^e jour de l'ophtalmie œdème palpébral dur et rouge ; sécrétion très abondante ; fausses membranes et chémosis ; large infiltration de la cornée

dans ses 2/3 inférieurs ; — Le 2^e jour du traitement, persistance du chémosis de l'œdème et des fauses membranes ; cornée largement infiltrée et saillant vers le 1/3 inférieur ; — le 5^e jour amélioration notable de l'œdème et de la sécrétion ; — le 6^e jour, perforation de la cornée au niveau du 1/3 inférieur ; — 13^e jour : organisation de la perforation et persistance de l'œdème et de la sécrétion ; 27^e jour : disparition de l'œdème et de sécrétion ; — guérison définitive le 33^e jour.

Obs. 84.057.

Conjonctivite bilatérale ; complication cornéenne O.G. à l'entrée ; O.D. le 3^e jour. — D.J. 9 mois 1/2. Vu le 5^e jour de l'ophtalmie ; forme grave ; œdème palpébral dur ; sécrétion abondante ; fausses membranes ; chémosis ; — cornée gauche infiltrée avec tache centrale plus opaque ; le 3^e jour du traitement : pas de modification de l'œdème ni de la sécrétion ; persistance des fausses membranes ; ulcération centrale de l'O.G., avec infiltration ; érosion de la cornée droite en coup d'ongle ; — 12^e jour : arrêt de la sécrétion 15^e jour : disparition du gono ; — persistance de l'œdème jusqu'au 35^e jour ; — guérison définitive le 41^e jour. Les lésions cornéennes ont évolué vers la guérison avec petite taie cornéenne centrale presque transparente.

CONCLUSIONS

Chez des sujets atteints de conjonctivite gonococcique et traités par des lavages fréquents, peu abondants, des instillations de protargol au 1/4 et d'argyrol au 1/10, la suppression du nitrate d'argent nous a donné des résultats meilleurs que ceux que nous obtenions avec l'adjonction du nitrate d'argent.

Cette amélioration dans les résultats, ne paraît pas due exclusivement à la technique employée (lavages, protargol, argyrol), laquelle n'a rien d'original, Elle semble provenir de la suppression même du nitrate d'argent. En tout cas, elle démontre, tout au moins, que le nitrate d'argent n'est pas nécessaire pour produire une bonne statistique.

Le traitement sans nitrate d'argent nous a permis de constater à la fois et d'une manière remarquable :

- 1° La diminution de la durée des conjonctivites,
- 2° La réduction des complications.

L'expérience de ce traitement sans nitrate d'argent porte sur 126 sujets et sur 214 yeux atteints de conjonctivite gonococcique.

Vu, le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu, le Président,
TERRIEN.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris.
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

WECKER (L. de). et LANDOLT. — *Traité complet d'Ophtalmologie*.

DARIER. — « Traitement des conjonctivites par les différents sels d'argent, en particulier par le protargol ». *Cl. Oph.* Paris 1898.

FELUGET. — « Protargol et Conjonctivite purulente. ». *Cl. oph.* Paris 1898.

GENESTON. — « Protargol en thérapeutique oculaire » *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1898).

KHADEM (El Saad). — Thèse Lyon 1903 : *Du protargol dans l'ophtalmie blennorragique*.

DRUAIS. — *Recherches cliniques et bactériologiques sur les ophtalmies du nouveau-né*. Thèse Paris 1906.

KLEBANSKI. — *Recherches statistiques sur la durée de l'ophtalmie gonococcique du nouveau-né et sur le traitement par les sels d'argent et la vaccinothérapie*; Thèse Paris 1914.

MORAX. — *Société Française d'ophtalmologie de 1922*; Tome 35 (Communication).
— *Encyclopédie*.

JACQUEAU. — « Le traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés » (*Journal de Médecine de Lyon*; 20 mars 1922).

TERRIEN ET GOULFIER. — *Société française d'ophtalmologie*; Communication : 9 mai 1923.

POULARD. — *Traité d'ophtalmologie.*

CHEVALLIER Jules, — *Sur l'emploi du collargol dans les affections des membranes externes de l'œil*, Thèse Paris 1906.

NATAF. — *Vaccinothérapie dans l'ophtalmie gonococcique*
Thèse Paris 1930.

